

病院精神医学における治療体系の研究

—種々の社会復帰要因よりみた退院後薬物療法の実態と問題点—

照 井 廣 實

弘前大学医学部神経精神医学教室（主任：佐藤時治郎教授）

緒 論

近年、精神分裂病者を社会復帰させるための活動がさかんになり、それともなって通院治療の役割が重要になってきている。病院精神医学における治療体系のなかでも、通院分裂病患者に対する薬物療法の比重は今後ますます増してゆくであろうと思われる。薬物療法の発展により、分裂病患者は精神病院を退院後社会復帰の状態を維持し易くなった反面、再入院をくりかえしている分裂病患者が多数存在することも否定出来ない。分裂病患者の再入院について、蜂矢¹⁰⁾は、退院した患者の半数以上が2年以内に再入院してくると言い、桜田²⁸⁾は、2年間に退院患者の40%に再発がみられ、再発患者の80%以上は1年以内の再発であると言う。また、江熊⁴⁾は、再発の70~80%は退院後1年以内にみられると報告し、加藤¹⁶⁾は、多くの患者は就職退院後数週間から数ヶ月、長くても1年程度で再入院してくると報告している。

さて、退院後薬物療法をうけていたにもかかわらず再入院をする場合があり、それとは逆に薬物療法を断たれていても社会復帰の状態を維持している場合もあることは、日常われわれがしばしば経験するところである。そこには、薬物療法自体の問題のほかに、分裂病患者の社会復帰を支持したり阻害したりする要因が存在することが容易に想定される。従来、分裂病患者の社会復帰に関する報告は数多くなされているが、社会復帰と薬物療法との関係を具体的にとり扱った研究は極めて少ない現状である。

本研究においては、薬物療法と社会復帰との関係、薬物療法と種々の社会復帰要因との関係などにつき考察をし、薬物療法の意義、問題点などを明らかにしようと試みた。

対象および方法

研究対象となった患者は、著者が勤務する秋田神経精神病院（昭和39年10月に開設され、調査時には定床262床を有する医療法人立精神病院）を昭和39年10月から昭和42年12月までの3年間余に退院した精神分裂病患者であり、転院、転居、死亡などを除き調査可能であったもの117名である。退院後1年間以上社会生活を続けたものを社会復帰患者とし、調査時すでに再入院していたものを再入院患者とした。対象患者117名のうち社会復帰患者は66名（男35名、女31名）、再入院患者は51名（男28名、女23名）である。対象患者の内訳は表1に示される如くである。社会復帰患者の社会適応程度には、病前同様のものから家庭保護が可能ではあるが非生産的の生活をしているものまで4つの段階がみ

表1 対象患者の内訳

		例数 (%)
社会復帰	病前同様	35(53.0)
	積極的、要指導	22(33.3)
	消極的、要指導	6(9.1)
	非生産的の生活	3(4.5)
再入院		51
計		117

られた。すなわち、社会復帰患者の大部分（95.4%）は何らかの作業に従事していたが、残りのごく少数のものは再入院に至らないまでも家庭で非生産的な生活を送っていたことになる。

調査方法は、まずアンケートによる予備的な調査を行なったあと、家族または患者との面接、P. S. W. の家庭訪問による調査などを行ない、その結果をパンチカード法により統計的に処理をし社会適応を左右する要因について総合的に検討を加えたものである。

結 果

本論は、つぎの2つの部分に分かれる。すなわち、第1に背景に存在する種々の社会復帰要因、第2に薬物療法と社会復帰との関係である。前者においては、背景に存在し社会復帰を支持したり阻害したりする要因をとりあげ、後者においては、社会復帰の観点から退院後の薬物療法を分析するとともに、薬物療法とおもな社会復帰要因との関連について追求した。

I. 背景にある社会復帰要因

1. 年代および性（表2）

まず、社会復帰患者の割合を年代別にみると、10代および40代がほかの年代と比べて若干高い傾向がみられ、性別では、男が55.6%女が57.4%となり差を示さない。また、社会復帰患者の占める割合は、10代および40代の男において85.7%および80.0%とそれぞれ高い結果になる。なお、10代および40代の男は、ほかの年代の男または女に比べて罹病期間が短かく、在院期間も短いものが多く含まれていた。

2. 結婚（表3）

社会復帰患者の占める割合を結婚別にみると、既婚患者が71.9%と最も高く、結婚に何らかの問題を含む再婚・離婚・死別の患者においては23.1%と最も低くなり、両者間には社会復帰患者の割合において明らかな差がみられる（ $P < 0.05$ ）。

3. 経済状態（表4）

家庭の経済状態を年収によって3つに分類した。Aは年収がおおよそ120万円以上、Cは年収がおおよそ50万円以下、Bは両者の中間の階層を指している。社会復帰患者の割合は、A・B間に差を示さず、経済状態が最も不良なCにおいて再入院をする患者の割合が極めて高い。

4. 入院費用（表5）

前述した経済状態と一部関連があるが、入院時の費用別に社会復帰患者の割合を比較すると、国保の患者が69.6%と最も高く、措置の患者は10.0%、生保の患者は11.1%と著しく低い

表2 年代・性

		社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
10代	男	6(85.7)	1(14.3)	7(100.0)
	女	4(66.7)	2(33.3)	6(100.0)
20代	男	14(48.3)	15(51.7)	29(100.0)
	女	16(57.1)	12(42.9)	28(100.0)
30代	男	8(47.1)	9(52.9)	17(100.0)
	女	6(54.5)	5(45.5)	11(100.0)
40代	男	4(80.0)	1(20.0)	5(100.0)
	女	4(57.1)	3(42.9)	7(100.0)
50代	男	3(60.0)	2(40.0)	5(100.0)
	女	1(50.0)	1(50.0)	2(100.0)
計	男	35(55.6)	28(44.4)	63(100.0)
	女	31(57.4)	23(42.6)	54(100.0)

表3 結 婚

		社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
未既再 婚婚再 死婚婚 別婚婚 別別	未	40 (55.6)	32 (44.4)	72 (100.0)
	既	23 (71.9)	9 (28.1)	32 (100.0)
	再	0	1	1
	死	2 } 3 1 } (23.1)	7 } 10 2 } (76.9)	9 } 13 3 } (100.0)
計	66 (56.4)	51 (43.6)	117 (100.0)	

表4 経 済 状 態

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
A	17(58.6)	12(41.4)	29(100.0)
B	49(60.5)	32(39.5)	81(100.0)
C	0(0)	7(100.0)	7(100.0)
計	66	51	117

ことがわかる。

5. 保護者の年代 (表6)

保護者の年代別に社会復帰患者の割合を比較すると、20代が83.3%と最も高く、保護者の年代が高くなるにつれてその割合は順次低くなってゆき、70代では42.9%と最も低くなる。なお、保護者の年代と患者の年代との間に関連性はみられず、また、保護者の年代はほかのどの要因とも関連をもたない。

6. 病型 (表7)

社会復帰患者の割合を病型別にみると、緊張型が最も高く (68.4%)、妄想型がそれに次いで高く (59.1%)、破瓜型は最も低い(43.8%)。

7. 病勢 (表8)

発病時の病勢を急性・亜急性・慢性に分けて社会復帰患者の割合を比較すると、急性に発病したものが最も高く (79.2%)、亜急性に発病したものがこれに次いで高く (54.5%)、慢性に発病したものは最も低くなり (40.7%)、それぞれの間に有意差 ($P < 0.05$) がみられる。

8. 発病の年代 (表9)

発病時の年代別に社会復帰患者の割合をみると、10代で発病したものが最も低く(54.0%)、年代が高くなるにつれてその割合も順次高くなり、40代で発病したものは最も高い割合となる(63.6%)。

9. 発病から初回入院までの期間 (表10)

発病してから初回入院をするまでの期間を比較すると、社会復帰患者の割合は、発病後1年までは比較的高いが、1年を越えると急激に低下してゆく傾向がみられる。

10. 罹病期間 (表11)

罹病期間別に社会復帰患者の割合をみると、罹病期間5年を境として明らかな差がみられる。すなわち、罹病期間が5年未満のものは5年以上のものよりも社会復帰患者の割合が明らかに高く、両者間に有意差 ($P < 0.01$) がみられる。

11. 在院期間 (表12)

在院期間別に社会復帰患者の割合を比較すると、在院期間が3ヶ月未満のものは74.1%と最も高く、在院期間が3ヶ月以上6ヶ月未満のものがそれに次いで67.6%と高い傾向を示している。しかし、在院期間が6ヶ月を越えると社会復帰患者の割合は急に低下する傾向を示し、在

表5 入院費用

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
措置	1(10.0)	9(90.0)	10(100.0)
生保	1(11.1)	8(88.9)	9(100.0)
国保	39(69.6)	17(30.4)	56(100.0)
健保	18(58.1)	13(41.9)	31(100.0)
その他	7(63.6)	4(36.4)	11(100.0)
計	66	51	117

表6 保護者の年代

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
20代	5(83.3)	1(16.7)	6(100.0)
30代	5(62.5)	3(37.5)	8(100.0)
40代	17(60.7)	11(39.3)	28(100.0)
50代	22(53.7)	19(46.3)	41(100.0)
60代	14(51.9)	13(48.1)	27(100.0)
70代	3(42.9)	4(57.1)	7(100.0)
計	66	51	117

表7 病型

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
破瓜	14(43.8)	18(56.2)	32(100.0)
緊張	13(68.4)	6(31.6)	19(100.0)
妄想	39(59.1)	27(40.9)	66(100.0)
計	66	51	117

表8 病勢

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
急性	19(79.2)	5(20.8)	24(100.0)
亜急性	36(54.5)	30(45.5)	66(100.0)
慢性	11(40.7)	16(59.3)	27(100.0)
計	66	51	117

表9 発病の年代

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
10代	27(54.0)	23(46.0)	50(100.0)
20代	23(56.1)	18(43.9)	41(100.0)
30代	9(60.0)	6(40.0)	15(100.0)
40代	7(63.6)	4(36.4)	11(100.0)
計	66	51	117

院期間が6ヶ月未満のものと6ヶ月以上のものとの間には有意差 ($P < 0.01$) がみられる。

12. 入院回数 (表13)

過去の入院回数別に社会復帰患者の割合を比較すると、1回のみのもは高い割合を示すが、回数が増すごとにその割合が低下してゆく傾向がみられる。また、入院回数が1回のみのもとの2回以上のものについて社会復帰患者の割合を比較すると、両者の間に有意差 ($P < 0.01$) がみられる。

小 括

以上、背景に存在し分裂病患者の社会復帰を支持または阻害していると思われる種々の要因を挙げてみた。簡単にまとめるとつぎの如くなる。

1) 社会復帰患者の割合は、10代および40代のとくに男において85.7%および80.0%とそれぞれ高い傾向を示している。この結果は、罹病期間および在院期間が短いことにも関連していると思われる。

2) 結婚別に社会復帰患者の割合をみると、既婚患者が71.9%と最も高く、結婚に問題のある再婚・離別・死別などの患者は23.1%と最も低くなり、両者の間に有意差 ($P < 0.05$) がみられる。

3) 家庭の経済状態が不良な患者に再入院が著しく多く、また、入院時の費用が措置および生保の患者に社会復帰患者の割合が著しく低い傾向がみられる。

4) 保護者の年代が低いほど社会復帰患者の割合が高く、年代が高くなるにしたがってその割合は順次低下してゆく。

5) 社会復帰患者の割合は、病型別では緊張型が最も高く、次いで妄想型、破瓜型の順であり、発病時の病勢別では急性のものが最も割合が高く、次いで亜急性、慢性の順である。

6) 発病時の年代が低いほど社会復帰患者の割合が低く、年代が高くなるほどその割合は高くなってゆく。

7) 発病から初回入院までの期間が1年未満のものは社会復帰患者の割合が高いが、1年を越えるとその割合は急激に低下してゆく。

8) 罹病期間が5年未満と5年以上、在院期間が6ヶ月未満と6ヶ月以上、入院回数が1回のみと2回以上につき社会復帰患者の割合を比較すると、いずれにおいても前者が後者よりも割合が明らかに高く、両者間においてそれぞれ有意差 ($P < 0.01$) がみられる。

表10 発病から初回入院までの期間

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
～3ヶ月	40(63.5)	23(36.5)	63(100.0)
～6ヶ月	12(66.7)	6(33.3)	18(100.0)
～1年	7(63.6)	4(36.4)	11(100.0)
～2年	3(42.9)	4(57.1)	7(100.0)
2年～	4(22.2)	14(77.8)	18(100.0)
計	66	51	117

表11 罹病期間

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
～3年	22(71.0)	9(29.0)	31(100.0)
～5年	19(67.9)	9(32.1)	28(100.0)
～10年	17(45.9)	20(54.1)	37(100.0)
10年～	8(38.1)	13(61.9)	21(100.0)
計	66	51	117

表12 在院期間

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
～3ヶ月	20(74.1)	7(25.9)	27(100.0)
～6ヶ月	23(67.6)	11(32.4)	34(100.0)
～1年	12(38.7)	19(61.3)	31(100.0)
1年～	11(44.0)	14(56.0)	25(100.0)
計	66	51	117

表13 入院回数

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
1回	29(78.4)	8(21.6)	37(100.0)
2回	19(55.9)	15(44.1)	34(100.0)
3回以上	18(39.1)	28(60.9)	46(100.0)
計	66	51	117

Ⅱ．薬物療法と社会復帰との関係

薬物療法は、分裂病患者の社会復帰にどこまで有効であろうか。また、社会復帰を維持しながら薬物療法を中止する場合、いつ、どのようにして打ち切ればよいであろうか。さらに、薬物療法は前述の社会復帰諸要因といかなる関連性を有するであろうか。これらの問題を追求するにあたり、まず、対象患者を服薬の形式により定期服薬型、服薬中断型および未服薬型の3型に分類することを試みた。定期服薬型とは、1年以上の期間定期的に外来通院を継続し、家庭訪問による調査でも規則的な服薬が行なわれていることが確認できたものを指している。また、服薬中断型には、退院後ある期間服薬を続けたが途中で中止してしまったもの、あるいは断続的に服薬を行なっているものが含まれる。さらに、未服薬型とは、退院後全く服薬をしなかったもの、あるいは退院後数日間は服薬をしたがそれも不規則であり、その後は全く服薬をしなかったものを指している。対象患者117名のうち定期服薬型の患者は45名(38.5%)、服薬中断型の患者は54名(46.2%)、未服薬型の患者は18名(15.4%)であった。

1) 服薬型別にみた社会復帰率

服薬型別に社会復帰患者の割合を比較すると、表14の如くなる。これによれば、社会復帰患者の割合は、定期服薬型では73.3%と最も高いが、服薬中断型では46.3%、未服薬型では44.4%と低率であり、服薬中断型と未服薬型との間にはその割合に差がみられない。また、定期服薬と服薬中断型、定期服薬型と未服薬型の間には、社会復帰患者の割合においてそれぞれ有意差($P < 0.05$)がみられ、定期服薬型は社会復帰率の上で最もすぐれているという結果になる。

表14 服薬型の分類(1)

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
定期服薬	33(73.3)	12(26.7)	45(100.0)
服薬中断	25(46.3)	29(53.7)	54(100.0)
未服薬	8(44.4)	10(55.6)	18(100.0)
計	66(56.4)	51(43.6)	117(100.0)

服薬型をさらに細かく分類し社会復帰患者の割合をみたものが図1である。定期服薬型については、1日の服薬回数別に1回、2回および3回の3つに分け、服薬中断型については、中断の仕方により急減型、不規則型および反復型の3つに分類した。定期服薬型における服薬回数は、症例によっては1日3回から2回へ、あるいは1日2回から1回へ変化したものがみられたが、その場合は、比較的長い期間続けた方の回数を選んだ。また、服薬中断型における急減型とは短い期間中に服薬回数を減じ中断してしまったもの、不規則型とは途中で服薬回数が減じたり増したりの変化を1~数回くり返した後中断に至ったもの、反復型とは途中で服薬が断続的になったあと完全に中止してしまったもの

		社会復帰	再入院	計
定期服薬	1日3回	21(77.8%)	6(22.2%)	27(100.0%)
	1日2回	7(70.0)	3(30.0)	10(100.0)
	1日1回	5(62.5)	3(37.5)	8(100.0)
服薬中断	急減	6(50.0)	6(50.0)	12(100.0)
	不規則	10(71.4)	4(28.6)	14(100.0)
	反復	9(32.1)	19(67.9)	28(100.0)
未服薬		8(44.4)	10(55.6)	18(100.0)
計		66(56.4)	51(43.6)	117(100.0)

図1 服薬型の分類(Ⅱ)

表 15 服薬型別にみた社会適応程度

	定期服薬		服薬中断		未服薬		計
病前同様	19	31 (94.0%)	13	22 (88.0%)	3	4 (50.0%)	35
積極的・要指導	12		9		1		22 (86.4%)
消極的・要指導	2	2 (6.0%)	2	3 (12.0%)	2	4 (50.0%)	6
非生産的・生活	0		1		2		3 (13.6%)
計	33	100.0	25	100.0	8	100.0	66

表 16 服薬型別にみた社会復帰期間

	定期服薬	服薬中断				未服薬	計
		急減	不規則	反復	小計		
1～2年	16	2	8	5	15	6	37
2年～	17	4	2	4	10	2	29
計	33	6	10	9	25	8	66

のをそれぞれ指している。なお、服薬中断型において、長い期間をかけて服薬回数を徐々に減じたあとで中断する漸減型の症例はみられなかった。図1によれば、定期服薬型においては、1日の服薬回数が3回のは社会復帰患者の割合が最も高く(77.8%)、2回(70.0%)、1回(62.5%)と順次低下する。すなわち、1日の服薬回数が多いほど社会復帰率が高い傾向がみられる。また、服薬中断型においては、社会復帰患者の割合は不規則型が最も高く(71.4%)、次いで急減型(50.0%)、反復型(32.1%)の順となる。さらに、全服薬型について社会復帰率を比較すると、反復中断型および未服薬型が著しく低率を示している。

2) 服薬型別にみた社会適応程度

社会復帰患者につき、服薬型別に社会適応の程度を比較したものが表15である。病前同様のものおよび積極的ではあるが指導を要するものを適応良好とし、消極的で指導を要するものおよび非生産的・生活を送っているものを適応不良とすれば、適応良好な患者の占める割合は定期服薬型に最も多く(94.0%)、次いで服薬中断型(88.0%)、未服薬型(50.0%)の順となり、未服薬型においては、適応程度が良好なものと不良なものが同数を示している。

3) 服薬型別にみた社会復帰期間

社会復帰患者について、服薬型別に社会復帰を維持した期間を示したものが表16である。これによれば、社会復帰の状態を2年以上維持した患者の占める割合は、定期服薬型が最も多く、次いで服薬中断型、未服薬型の順になる。

4) 薬物療法とおもな社会復帰要因との関係

ここで、服薬型とおもな社会復帰要因との関係を追求してみたい。おもな社会復帰要因としては、結婚、環境、入院費用、退院時状態、罹病期間、在院期間、入院回数などをとりあげてみた。

まず、服薬型別、結婚別に社会復帰患者の割合をみると図2の如くなる。これによれば、社会復帰患者の割合は、未婚患者の場合定期服薬型では70.6%と比較的高いが、服薬中断型では42.9%と低下し、未服薬型では、40.0%とさらに低下する。このような傾向はとくに既婚患者において顕著であり、既婚患者の場合、社会復帰患者の割合は定期服薬型で100.0%と高率

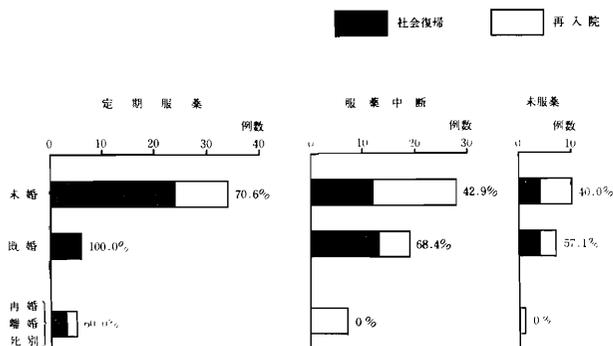


図 2 結婚と服薬型

を示すが、服薬中断型では68.4%と低下し、未服薬型ではさらに低下して57.1%となる。しかし、社会復帰患者の割合は、どの服薬型においても既婚患者の方が未婚患者よりもつねに高い傾向を示している。ところで、結婚に何らかの問題がある再婚、離婚、死別などの症例においては、社会復帰患者の割合が定期服薬型では60.0%であるが、服薬中断型および未服薬型では社会復帰するものが全くみられない。

つぎに、服薬型別、環境別に社会復帰患者の割合をみたものが図3である。これによれば、社会復帰患者の割合は、住宅地および市街地の患者においては定期服薬型が最も高く(74.1%)、未服薬型は最も低率を示し(27.3%)、両型間の差が大きい。これに対して、農・山・漁村の患者においては、社会復帰患者の割合は定期服薬型と未服薬型との間に差がほとんどなく、未服薬型で71.4%という高い割合を示していることが注目される。なお、農・山・漁村の患者は、その大部分が農村の患者であった。

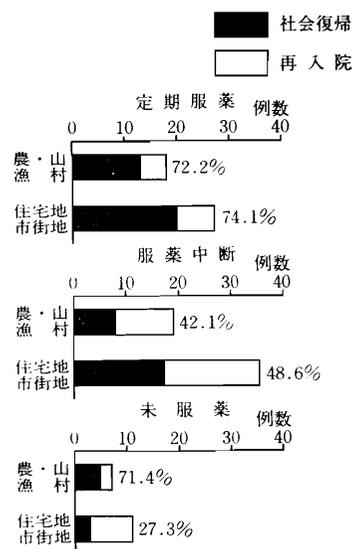


図 3 環境と服薬型

つぎに、服薬型別、入院費用別に社会復帰患者の割合を比較すると図4のようになる。これによれば、どの服薬型においても措置および生保は社会復帰患者の割合が最も低く、国保は最も高い。また、社会復帰患者の割合は、国保では服薬型別に一定の傾向がみられず、かえって未服薬型が服薬中断型よりも高い割合を示している。なお、未服薬型における国保の社会復帰患者6名のうち5名までが農村に居住地をもつ患者であり、環境による影響も無視できない。これに対して健保の場合には、社会復帰患者の割合は定期服薬型が75.0%、服薬中断型が50.0%、未服薬型が20.0%となり、服薬型による影響がかなり明らかに示されている。さらに、生保の場合には、服薬中断型が圧倒的に多く、しかもその大部分が再入院をしていることは注目すべきことである。

また、服薬型別、退院時状態別に社会復帰患者の割合をみると図5の如くなる。まず、退

院時の状態が不変のものにおいては定期服薬型がみられず、退院時の状態が完全寛解のものにおいては未服薬型がほとんどみられない。つぎに、退院時寛解状態のものにおける社会復帰患者の割合は、定期服薬型が最も高く、次いで服薬中断型、未服薬型の順になるが、退院時軽快・不変の状態のものにおいては一定の傾向を示さない。

さて、とくに重要と思われる罹病期間、在院期間および入院回数という3つの社会復帰要因と服薬型との関係を示したものが表17である。これによれば、定期服薬型においては、罹病期間、在院期間および入院回数という3つの要因の内容がかわっても社会復帰患者の割合には大差がみられない。ところが、服薬中断型および未服薬型においては、罹病期間が5年未満、在院期間が6ヶ月未満、入院回数が1回のみという良好な要因がそろった場合は社会復帰患者の

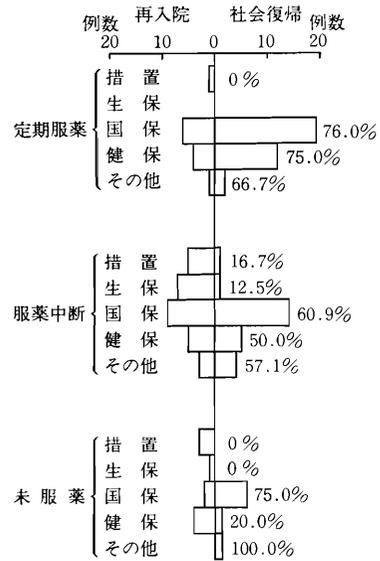


図4 入院費用と服薬型

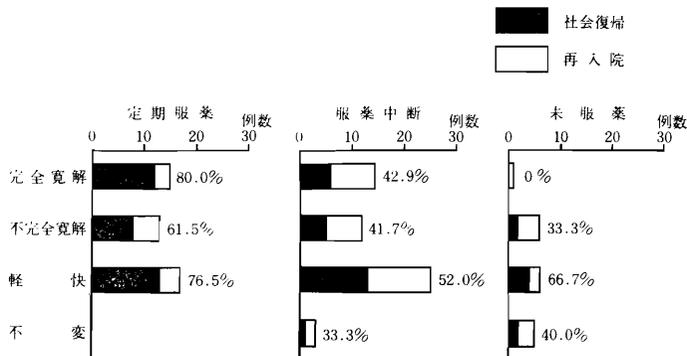


図5 退院時状態と服薬型

表17 おもな社会復帰要因と服薬型との関係 ()内は社会復帰患者数

罹病期間 5年間未満	在院期間 6ヶ月未満	入院回数 のみ	定期服薬型	服薬中断型	未服薬型	計
+	+	+	6(5)	12(10)	4(4)	22(19)
+	+	-	9(5)	9(4)	2(2)	20(11)
+	-	+	7(6)	3(1)	0(0)	10(7)
+	-	-	5(2)	2(2)	1(1)	8(5)
-	+	+	0(0)	3(1)	1(1)	4(2)
-	+	-	9(8)	5(2)	3(0)	17(10)
-	-	+	0(0)	1(1)	0(0)	1(1)
-	-	-	9(7)	19(4)	7(0)	35(11)
計			45(33)	54(25)	18(8)	117(66)

割合が高いが、罹病期間が5年以上、在院期間が6ヶ月以上、入院回数が2回以上という不良な要因がそろった場合はその割合が低い。この傾向は、未服薬型においてとくに顕著である。すなわち、薬物の作用をうけない未服薬型においては3要因の影響が大きいが、薬物の作用を最も強くうけている定期服薬型においてはこれらの影響が緩和されていると考えられる。また、罹病期間5年未満・在院期間6ヶ月未満・入院回数1回の患者においては、どの服薬型の場合にも社会復帰患者の割合がつねに高いという傾向がみられる。

5) 服薬中止の問題

服薬をいつやめるかという問題は極めて重大であり、個々の症例によりその時期が異なることも当然考えられ、一概には決めがたいことである。しかし、服薬中断型を分析することによりおおよその時期を知りうると考えその分析を試みた。

まず、服薬中断型54例につき中断の理由を分類すると表18の如くなる。社会復帰患者においては、「状態が安定し、良くなった」と家族または患者が判断したために中断したものが最も多く、再入院患者においては、「服薬を嫌う」ために中断したものが最も多い。服薬を嫌う理由としては、睡気、口渴、倦怠感などの副作用が大部分であり、副作用のため中断に至る過程においては服薬に対する患者および家族の認識不足が関連している。また、「その他」のなかには、転勤・転校・結婚のため居住地をかえたもの、妊娠および身体疾患のため他科を受診した際医師から精神科薬剤をやめるように指示されたものなどが含まれている。なお、経済的な理由で服薬を中断したものは全くみられず、また、精神科医の指示で服薬を中断したのも全くみられない。

つぎに、服薬を中断してから再入院するまでの期間を服薬期間別に比較したのが表19である。服薬中断から再入院までの期間が6ヶ月未満と短いものにおいては、服薬した期間も6ヶ月未満と短いものが多く(57.1%)、中断から再入院までの期間が6ヶ月以上と長いものにおいては、服薬した期間も6ヶ月以上と長いものが多い(75.0%)という傾向がみられる。

また、服薬中断型において、服薬期間と社会復帰との関係を示したものが表20である。これによれば、服薬を6ヶ月未満でやめたものは社会復帰患者の割合と再入院患者の割合がほぼ等しい結果となるが、服薬を6ヶ月から2年までの間にやめたものにおいては社会復帰患者の割合がそれよりも低くなる傾向がみられる。さらに、2年以上服薬してから中断したものは社会復帰の状態にある1例のみであり、服薬を中断してもよい時期の決め手にならない。そこで、表20にもとづいてさらに細かい分類を試みた。

まず、罹病期間を5年未満および5年以上に分け、それぞれについて服薬期間と社会復帰との関係をみると表21の如くなる。これによれば、罹病期間が5年未満のものにおいては、服薬を6ヶ月未満でやめても社会復帰患者の割合は高い傾向がみられる。これに対して、罹病期

表18 服薬中断の理由

	社会復帰	再入院	計
状態の安定	12	4	16
服薬を嫌う	9	16	25
地理的事柄	0	2	2
その他	4	7	11
計	25	29	54

表19 服薬中断から再入院までの期間

	服薬期間		計(%)
	6ヶ月未満(%)	6ヶ月以上(%)	
～6ヶ月	12(57.1)	9(42.9)	21(100.0)
6ヶ月～	2(25.0)	6(75.0)	8(100.0)
計	14	15	29

表20 服薬期間と社会復帰

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
～6ヶ月	15(51.4)	14(48.6)	29(100.0)
～1年	7(38.9)	11(61.1)	18(100.0)
～2年	2(33.3)	4(66.7)	6(100.0)
2年～	1(100.0)	0	1(100.0)
計	25(46.3)	29(53.7)	54(100.0)

表 21 服薬期間と社会復帰（罹病期間別）

服薬期間	罹病 5 年 未 満			罹病 5 年 以 上		
	社会復帰	再入院	計	社会復帰	再入院	計
～ 6 ヶ 月 年	9	2	11	6	12	18
～ 1 ヶ 年	6	6	12	1	5	6
～ 2 ヶ 年	1	1	2	1	3	4
2 年 ～	0	0	0	1	0	1
計	16	9	25	9	20	29

表 22 服薬期間と社会復帰（在院期間別）

服薬期間	在 院 6 ヶ 月 未 満			在 院 6 ヶ 月 以 上		
	社会復帰	再入院	計	社会復帰	再入院	計
～ 6 ヶ 月 年	12	3	15	3	11	14
～ 1 ヶ 年	5	4	9	2	7	9
～ 2 ヶ 年	0	2	2	2	2	4
2 年 ～	0	0	0	1	0	1
計	17	9	26	8	20	28

表 23 服薬期間と社会復帰（入院回数別）

服薬期間	入 院 1 回			入 院 2 回 以 上		
	社会復帰	再入院	計	社会復帰	再入院	計
～ 6 ヶ 月 年	7	1	8	8	13	21
～ 1 ヶ 年	6	3	9	1	8	9
～ 2 ヶ 年	0	2	2	2	2	4
2 年 ～	0	0	0	1	0	1
計	13	6	19	12	23	35

表 24 服薬期間と社会復帰（3要因の良否別）

服薬期間	3 要 因 良 好			3 要 因 不 良		
	社会復帰	再入院	計	社会復帰	再入院	計
～ 6 ヶ 月 年	6	0	6	2	10	12
～ 1 ヶ 年	4	2	6	0	4	4
～ 2 ヶ 年	0	0	0	1	1	2
2 年 ～	0	0	0	1	0	1
計	10	2	12	4	15	19

間が5年以上のものにおいては、服薬を2年未満で中止すると再入院をする割合が高いという結果になる。

つぎに、在院期間を6ヶ月未満および6ヶ月以上に分け、それぞれについて服薬期間と社会復帰との関係を見ると表22に示す如くなる。これによると、在院期間が6ヶ月未満のものは服薬を6ヶ月未満で中止しても社会復帰患者の割合が高いが、在院期間が6ヶ月以上のものに

においては服薬を1年未満で中止すると再入院患者の割合が高いという結果になる。

同様に、入院回数別に服薬期間と社会復帰との関係をみたものが表23である。入院回数が1回のみ患者においては、服薬を6ヶ月未満で中止しても社会復帰患者の割合が高いが、入院回数が2回以上のものにおいては服薬を1年未満で中止すると再入院患者の割合が高いという結果になる。

さらに、服薬中断型の患者を前述の3つの要因がすべて良好な群とすべて不良な群に分け、それぞれの群について服薬期間と社会復帰との関係をみると表24の如くなり、服薬を1年未満、とくに6ヶ月未満で中断した場合両群の間に明らかな差がみられる。すなわち、罹病期間、在院期間および入院回数の3要因がすべて良好な群においては、服薬を6ヶ月未満で中断しても再入院がみられないが、3要因がすべて不良な群においては、服薬を6ヶ月未満あるいは1年未満で中断した場合大部分の患者が再入院をしている。

ところで、長期服薬患者を多く含んでいる定期服薬型について、服薬期間別に社会復帰および再入院の割合を比較してみた(表25)。服薬期間が1年から2年までは社会復帰患者の割合が57.1%とあまり高くないが、服薬期間が2年を越えるとすべての患者が社会復帰の状態にあることがわかる。したがって、社会復帰を維持するためには、最低2年間の定期服薬型による服薬が必要であるといえる。

6) 働きかけの影響

定期服薬型の患者45名につき、誰が外来に通ったかを分類し社会復帰との関係をみたものが表26である。これによれば、社会復帰患者においては患者だけが来院した症例が最も多く、再入院患者においては患者だけが来院した症例が全くみられない。また、家族同伴とは家族がいつも患者につきそって定期的に来院したものであるが、これも再入院患者にはみられない。なお、「その他」の2例は、患者と家族がほぼ同じ回数来院したものの1例と、患者単独および家族同伴がほぼ同じ回数のも1例である。以上をまとめると、患者が来院する機会が多いほど社会復帰患者の割合が高いという結果になり、外来診療の場で医師が患者に直接働きかけを行なう機会の多いことが社会復帰の維持に役立っていることが考えられる。

7) 患者および家族の態度と社会復帰との関係

定期服薬型において、服薬に対する患者の態度と服薬に対する家族の態度との種々の組合せにより社会復帰患者の割合が異なることを示したものが表27である。家族の態度については、服薬に関してどの程度患者に気を配っているかによって分類した。これによれば、服薬に対して患者が積極的であるとともに家族も積極的である場合社会復帰患者の割合が最も高く(79.3%)、逆に、服薬に対して患者が消極的・無関心な場合にはその割合が最も低い(50.0%)。ま

表25 定期服薬型における服薬期間と社会復帰

	社会復帰(%)	再入院(%)	計(%)
1～2年	16(57.1)	12(42.9)	28(100.0)
2年～	17(100.0)	0(0)	17(100.0)
計	33	12	45

表26 来院者(定期服薬型)

	社会復帰	再入院	計
患者のみ	17	0	17
家族同伴	3	0	3
おもに患者	9	9	18
時に患者	2	3	5
その他	2	0	2
計	33	12	45

表27 患者および家族の態度と社会復帰(定期服薬型)

()内は社会復帰患者の百分率

家族	患者		計
	積極的	消極的	
積極的	29(79.3%)	8(62.5%)	37(75.7%)
消極的 無関心	4(75.0%)	4(50.0%)	8(62.5%)
計	33(78.8%)	12(58.3%)	45(73.3%)

た、患者が積極的でも家族が消極的・無関心な場合は社会復帰患者の割合が75.0%、家族が積極的であっても患者が消極的な場合はその割合は62.5%となり、社会復帰率のうえでは患者の態度が家族の態度よりも優先するという関係がみられる。

小 括

以上、薬物療法、とくに服薬型と社会復帰との関係を中心にそれを取りまくおもな社会復帰要因との結びつき、服薬中止の問題などを追求した。

1) 定期服薬型は社会復帰患者の割合が最も高く、社会適応程度の良いものが最も多く、また、社会復帰期間も長いものが最も多い。これに対して、未服薬型は社会復帰の率、程度、期間のいずれにおいても最も劣り、また、服薬中断型は両型の間を示している。

2) 定期服薬型においては、1日3回服薬するものは社会復帰患者の割合が最も高いが、1日2回、1日1回と服薬回数が減するとその割合も順次低下する。また、服薬中断型においては、中断の仕方が不規則型のものが社会復帰患者の割合が最も高く、次いで急減型、反復型の順となる。

3) 種々の社会復帰要因は、服薬型と関連し合って社会復帰率を規制している。それらの要因のうち罹病期間、在院期間および入院回数がとくに重要と考えられるが、そのほかに服薬型と関連がある要因としては、結婚、環境、入院費用、退院時状態などが挙げられる。

4) 罹病期間、在院期間および入院回数の3要因がすべて良好な場合は、どの服薬型で服薬しても社会復帰患者の割合が高い。また、薬物の作用を規則的、持続的にうけている定期服薬型においては、3要因の良否に概して関係なく社会復帰患者の割合が高いが、薬物の作用を全くうけていない未服薬型においては、3要因がすべて不良な場合は社会復帰患者がみられない。

5) 服薬を中断してから再入院するまでの期間が長いものにおいては、服薬をした期間も長いものが多い。

6) 罹病期間、在院期間および入院回数の3要因がすべて良好な場合は、服薬を6ヶ月未満で中断しても再入院をするものがみられないが、3要因がすべて不良な場合は、服薬を1年未満で中断すると大部分が再入院をする。

7) 服薬を中断した理由をみると、副作用の出現により服薬を嫌ったものの大部分は再入院をすることが注目される。

8) 定期服薬型において、服薬期間が2年を越えるとすべての患者が社会復帰の状態にある。したがって、少なくとも2年間の定期服薬型の服薬が社会復帰を維持するために必要と思われる。

9) 社会復帰を維持するためには、薬物療法とともに、とくに患者に対する外来での直接の働きかけが重要である。また、服薬に対する患者および家族の態度がそれぞれ積極的であることが社会復帰の維持に役立っており、両者のうち、とくに患者の態度が重要である。

考 察

退院後の分裂病患者に薬物療法を行なう目的は、社会復帰の状態にながくとどめることにはほかならない。ところが、そこには社会復帰を左右する種々の要因が複雑にからみ合っていて、関与していることが容易に考えられるため、社会復帰の観点から薬物療法を論ずる場合、当然種々の

社会復帰要因との関連についても触れなければならない。

はじめに個々の社会復帰要因について考察し、つぎに、薬物療法と社会復帰との関係を中心として薬物療法とおもな社会復帰要因との関連、さらに、服薬中止の問題へと考察をすすめ、薬物療法の役割をできる限り明確にし、薬物療法の問題点を追求してみたい。

はじめに、背景に存在する個々の社会復帰要因から考察をすすめてみたい。

まず、本症例全体を性別に社会復帰患者の割合から比較すると、差がみられなかった。これと厳密に比較することは困難であるが、再発について桜田らは男子に多いといい逆に吉田らは女子にやや多いという。また、再入院率について、蜂矢らは退院3ヶ月後には男子が、6ヶ月後からは女子が高率といい、女子に再入院率が高い理由として女子に早期退院が多いことを挙げている。ところが、本症例においては社会復帰率は10代男子および40代男子で高く、両者は罹病期間、在院期間ともに短いものが多かったことから、再入院と在院期間との関係においては蜂矢らと見解を異にする。

つぎに、結婚生活については、配偶者・子供と生活している人が社会や家庭に対して最もよい適応状態を示しているといわれるように、結婚生活を続けていることが社会適応の1つの要因となりうる。Gittelman は、既婚患者には病前性格が分裂病質のものが少なく、また、退院後2年間の適応程度のよいものが多いことを指摘し、予後を決定するものは病前性格であると結論づけているが、本症例においては病前性格との関係を見出しえなかった。

つぎに、家庭の経済状態について、西尾らは、経済状態のわるい分裂病患者は社会適応に失敗し1年未満で再入院するといいい、また、入院費用については、生保の分裂病患者に再入院率の高いことが指摘されており、いずれも本研究の結果と傾向が一致する。

また、特異な結果として、保護者の年代が低いほど社会復帰率が高い傾向が知られたが、保護者の年代と関連する要因は見出しえなかった。

さて、病型と社会復帰との関係について、黒須らは、分裂病者の社会復帰を良好にする要因の1つとして一部の破瓜型と緊張型であることを挙げ、社会復帰患者の約半数がこれらの型に属するという。また、後藤らは緊張型は社会的予後が良いと述べ、坂岡は分裂病性反応および緊張型は予後良好であるが、妄想型および破瓜型は予後不良であるというなど本症例の結果に比べて著しい違いはない。さらに、発病時の病勢についてみれば、坂岡は急性のものは予後良好、慢性のものは予後が非常にわるいといいい、本症例と一致する。

また、発病年代が高いほど社会復帰率も高い傾向がみられたが、後藤らも社会的予後のよい原因として発病年齢が高いことを挙げている。しかし、黒須らはとくに30~35歳に発病したものが社会復帰良好といいい、本症例と比べると年齢が少ない。

さらに、発病から初回入院までの期間が1年未満のものが高い社会復帰率を示したが、後藤らは発病から治療までの期間の短いものは社会的予後が良いといいい、黒須らも社会復帰を良好にする要因の1つとして発病から治療開始までの期間が短いことを挙げ、その期間は半年以内であるという。

つぎに罹病期間の短いことが社会的予後を良くすることが指摘されているが、西尾らによれば、固定型に到達することが社会適応に成功するための重要な条件であるといいい、固定型に達するまでの期間は発病後10~20年であるという。また、在院期間と社会復帰との関係について従来の報告と比較すると、入院期間の短いことが社会復帰上好ましいとする意見が多く、いずれも本症例の結果と一致するが、その期間については、黒須らは4ヶ月未満、山本らは2~3ヶ月程度としており、また、短期入院が良い理由として、江熊は社会適応性の減退を防ぐことを挙げている。しかし、蜂矢らは、短期(1年以内)在院患者の再入院率は長期(3年以上)

在院患者のそれに比べるとかなり高いといひ、荒木らは、再入院患者の81.8%が在院期間が1年未満のものであるという。さらに、石川らは、入院期間の長短は再入院率に影響しないと述べている。つぎに、入院回数についてみると、入院回数の少ない方が社会復帰良好であるという報告があり、いずれも本研究の結果と一致する。

さて、薬物療法と社会復帰との関係を中心とし、それと関連して薬物療法と種々の社会復帰要因との関係、さらに、服薬中止の問題などについて考察をすすめてみたい。

薬物療法は果たして社会復帰の維持、あるいは再入院の防止にどれだけ有効であろうか。この問題に関しては、薬物の効果を過大視することは正しくないとする意見もあるが、大熊は、再入院防止の対策としては長期にわたる通院と薬物療法が必要であるといひ、岡田は、分裂病慢性例の治療には働きかけと薬物療法のいずれも欠くことができないとし、また、蜂矢は、退院後も外来に通院させて治療・指導を続けている患者の約70%は再発を防ぐことができるというなど、再発防止の手段として薬物療法および働きかけを積極的にすすめるべきであるという意見が強く、したがって、薬物療法の有効性に関してはほとんど疑う余地がない。ただし、江熊は、分裂病者を社会生活のなかでの行動特性から能動型と受動型に分類し、受動型では再発予防に薬物療法はあまり意義がないと報告している。

ここで、再発あるいは再入院をどのように受けとめるべきかという問題について触れておきたい。竹村は、病棟管理が行届くようになると再発・再入院が増加するが、再び社会復帰するまでの期間も短縮するので再発を恐れることはないといひ、江熊は、再発・再入院した場合、家人時には医師も予後に対して悲観的となり慎重を期して長期入院となる傾向があり、これが退院後の社会適応性を減退させているというなど、いずれも再発・再入院した際医師のとるべき態度を示すものであるが、それ以前に、医師として再発防止のためにあらゆる手段を講ずるべきであることはもちろんである。

つぎに、薬物療法と社会復帰との関係を中心とし、薬物療法とおもな社会復帰要因との関連へと考察をすすめてみたい。まず、本研究においては、定期服薬型が社会復帰率、社会適応程度および社会復帰期間の上で最もすぐれていることが明らかにされた。従来、再入院防止の方法として服薬の継続を重視している報告がいくつかみられる。なかでも、大熊は、再入院を予防するためにはなによりもまず継続的服薬と定期的通院が不可欠であるといひ、蜂矢らは、再入院防止の条件として確実な外来通院および確実な服薬を挙げており、いずれも本研究の結果を支持するものである。つぎに、薬物療法と種々の社会復帰要因との関連から社会復帰率をみると、服薬型による影響と社会復帰要因による影響とが相互にいまじっていることがわかる。それがとくに顕著にみられるのは服薬型と結婚との関連であり、定期服薬型の既婚患者は社会復帰率が極めて高いが、服薬中断型および未服薬型の再婚・離婚・死別患者はその割合が極めて低くなり、さらに、社会復帰率の高い既婚患者のうちでも未服薬型のものはその割合が低下し、逆に、社会復帰率の低い再婚・離婚・死別患者のうちでも定期服薬型のものはその割合が高いというように、服薬型と結婚とは相互に影響し合って社会復帰に関与していることが知られる。ところが、服薬型と環境との関連において、症例は少ないながらも未服薬型の農村患者が高い社会復帰率を示したという特異な結果がみられたが、これについては、単に農作業の自由さ、単調さなどの理由だけでは説明困難であり、農村における人間関係の特殊性、風土、そのほかの農村社会固有のものなどが考えられる。また、服薬型と入院費用との関連をみると、国保の未服薬型患者は社会復帰率が意外に高いこと、措置および生保の患者はどの服薬型においても社会復帰率が著しく低いことなどが注目される。前者については、国保の未服薬型患者の大部分が農村の患者であったことから、前述の環境による影響が混在していると考えられ

る。後者についていえば、社会復帰率を高めるために措置および生保の患者を定期服薬型へ導くことが有効な手段かどうかは症例が少ないため断定はできない。しかし、これらの患者が服薬中断型あるいは未服薬型をとった場合にその大部分が再入院をまぬがれないことを考えると、社会復帰率を高めるためには、まずこれらの患者に定期服薬型をとらせるような強力な指導、働きかけが必要であろう。つぎに、服薬型と退院時状態との関連をみると、退院時完全寛解のものにおいては未服薬型がほとんどみられず、退院時不変の状態のものにおいては定期服薬型が全くみられないこと、服薬中断型患者のなかでは退院時軽快の状態のものが最も多いこと、退院時軽快・不変の患者、とくに不変のものにおいては服薬の効果が社会復帰率に反映していないことなどが注目される。これらの結果には、状態像にもとづく患者の服薬に対する態度と、病院や患者に対する家族の期待・あきらめの態度が関与していることが考えられる。石川¹⁵⁾が、適応を阻む要因として欠陥を挙げ、未治・軽快の大部分が適応失敗におおることを指摘しているように、疾患自体に由来する因子も大きく、退院時状態が不良の患者の社会復帰率を高めることについては限界が感じられるが、退院時軽快状態のものに対して服薬中断型から定期服薬型への移行をはかることが社会復帰率を高める1つの可能性を含んでいると思われる。

さて、社会復帰要因のなかでも、罹病期間、在院期間および入院回数は、社会復帰率の上でそれぞれにおいて有意差 ($P < 0.01$) を認めたため、これらの3要因をとくに重要と考えたわけである。社会復帰率の上でこれらの3要因と服薬型との関連をみると、社会復帰率は、3要因の良否および服薬という両者の影響をうけていることが知られた。すなわち、3要因がすべて良好な場合（罹病期間5年未満、在院期間6ヶ月未満、入院回数1回）、社会復帰のために必ずしも服薬を必要とせず、服薬をしない場合には3要因がすべて良好という条件がなければ社会復帰はむずかしいこと、定期服薬型の服薬を行なった場合には3要因の良否の組合せに関係なく概して社会復帰をし易いことなどであり、定期服薬型で服薬を行なうことの意義がここでも明らかになった。

ところで、継続通院しているかぎりは再入院率を著しく低く押えられる可能性があるが、³⁵⁾ それでは永久に服薬を続けなければいけないのかという疑問が生じてくる。佐藤は、³⁰⁾ いつ投薬を打ち切るかという問題に関して、長期投与を原則的に承認するわけにはゆかない事実としてつぎの3つを挙げている。すなわち、①フェノチアジンにかぎらず多くの鎮静剤に類する薬は胎盤を通過すること、②薬物を服用している間は創造的・積極的な精神作用が抑制されること、③患者側の色々の社会的・経済的不利益、などである。Morton²⁰⁾ は、フェノチアジンの併害として長期使用による毒性、活動性・自発性の減退などを挙げ、入院分裂病患者に6ヶ月以上の薬の中断を行なった結果、²⁾ 薬の中断は有益でないと結論している。また、⁷⁾ プラセボ使用による薬物中断の実験で、Casey²⁾ らはCPの3ヶ月間の持ちこし効果を認め、Goldberg⁷⁾ らは妄想症状に改善をみたといひ、Hoehn-Saric¹²⁾ らは幻聴が悪化したと報告している。しかし、これらの研究は入院患者を対象として実験的に行なわれたものであり、退院後の分裂病患者にそのままあてはまるとはかぎらない。本研究においては、退院後の分裂病患者が自然な方法でつくりあげた服薬形態を分類し、分析するという方法をとっているため、それらの実験にみられるような欠点は避けられる。しかし、服薬中止の問題をさぐる手がかりの1つである服薬中断型の分析を行なってみると、患者独自の判断による服薬中止が大部分であり、医師が中断を指示する場合とは症例によっては何らかの違いが生ずる可能性があること、長期にわたって服薬を続けてから中断した症例が少ないことなどが欠点となるであろう。

さて、服薬中止の問題についてさらに検討を加えてみよう。服薬中断の理由についてみると、副作用の出現により服薬を嫌い、患者独自の判断で中止してしまった症例が非常に多く、

それらの大部分は再入院に直結するものであること、他科の医師の指示で簡単に服薬を中止してしまっただけの症例があること、経済的理由で服薬を中断した症例は全くみられなかったことなどが注目される。それらのうち、再入院に直結する副作用の問題はとくに重要と考えられる。副作用としては、日常の外来診療上ごくありふれた睡気、口渴、倦怠感などがおもであるが、それだけに深い配慮を怠りがちである。副作用の出現から服薬中断に至るまでの過程においては、患者側に状態像に起因する病識の不確かさが関与しているが、患者独自の判断による服薬中断を防ぐためには、病院および家族それぞれの側からの早期からの適切な指導や働きかけが必要と考えられ、これらのことは、他科の医師による服薬中断の問題にもあてはまることである。また、経済的理由で服薬を中断した症例が全くみられなかったことと関連して、家庭の経済状態が不良のものは社会復帰がむずかしいこと（表4）、生保の患者は服薬中断型が多くその大部分が再入院をしていること（図4）などを考え合わせると、服薬中断に患者を追いこみ再入院に至らしめるものは、単に通院医療費だけの問題ではなくて家庭の貧困という深い根を持った社会的な問題へと発展することが考えられ、ここにわれわれのなし得る限界が感じられる。

ところで、薬物療法をいつ中止すればよいかという極めて重大な問題があり、これについては従来いくつかの報告がみられるが、いまだ確立されていない現状である。この問題に関して、西園²³⁾は退院後少なくとも2年間は外来での薬物療法が必要といい、大熊²⁶⁾は病状の安定まで何年でも定期的に維持量を服薬させ、最低2年間病状の安定を観察したのち徐々に減量し漸進的に中止の方向へもってゆくという。また、諏訪³¹⁾らは新鮮例は完全寛解してから3~6ヶ月、再発をくり返す例は完全寛解してから1~3年、陳旧例には半永久的に服薬を続けるとし、蜂矢¹¹⁾らは新鮮例で人格崩壊のほとんど認められない例には慎重に漸減しながら少なくとも1年、人格の崩れがすすみ長期に在院した患者には半永久的に維持量を投与すべきであるとしている。なお、桜井²⁹⁾らによれば精神科医221名に対するアンケートから、寛解後大体1年くらいの維持薬投与が再発防止の上で必要と考えている医師が多いと報告している。本研究において服薬中止に関する結果をまとめると、一般に分裂病患者は退院後最低2年間は定期服薬型（原則として1日3回）で服薬し、服薬を中止する場合は不規則型をとるべきであるが、とくに罹病期間、在院期間、入院回数などの要因が良好な場合には服薬方法に関係なく社会復帰しやすく、退院後6ヶ月以内に服薬を中止してもよいということになる。この結果は、一部西園²³⁾、大熊²⁶⁾の報告と類似している。

一方、周囲の理解に恵まれ、受入れ態度のよいことが社会復帰を良好にするという報告が多数⁸⁾¹¹⁾¹³⁾¹⁹⁾²²⁾³³⁾みられ、家庭・職場・近隣の患者に対する態度に問題のある場合には社会適応性が阻害されるといわれている。社会復帰の上で、患者に対する家族の態度、働きかけなどの果たす役割は重要であり、本研究においてもそれが明らかであった。

なお、本研究において社会復帰との関連が明らかでなかったものとしては、病前性格¹⁵⁾¹⁶⁾²¹⁾、発病の動機²¹⁾、遺伝負因¹⁸⁾、学歴、職歴、家族構成¹⁸⁾、初発症状、退院の動機¹⁸⁾などがある。

以上、退院後の薬物療法を中心に考察をすすめてきたわけであるが、退院後の薬物療法の最終目標は準治癒、さらに社会的治癒を患者にもたらすことにほかならない。岡田²⁵⁾によれば、準治癒とは服薬その他の方法で医師と何らかのつながりをもちながら社会適応を保っているもの、社会的治癒とは医師の手から離れて同様の状態にあるものという。準治癒あるいは社会的治癒を目差して退院後の薬物療法をすすめる場合、向精神薬の狙いは疾病そのものよりもむしろ対症的なものであることはもちろんであり、薬物療法の過信は許されない。本研究では、退院後の薬物療法のうちとくに服薬型を重視し、それに焦点をしばったが、薬物療法自体につい

ではここでは触れないいくつかの問題が残されている。例えば、薬物の選択の問題、維持量の問題、減量の問題、併用の問題などである。いずれにしても、退院後の薬物療法は、広い視野からの配慮にもとずき各方面からの協力のもとにすすめる必要があり、さらにきめの細かいものへと発展することが期待される。

総 括

精神分裂病患者 117 名（内訳は、社会復帰患者66名、再入院患者51名）を対象を選び、退院後の服薬型と社会復帰との関係を中心として、それを取りまく種々の社会復帰要因との関連から薬物療法の役割を明らかにするとともに、薬物療法の限界、問題点などを追求した。その結果はつぎの如くである。

1) 社会復帰要因としてとくに重要なものに、罹病期間、在院期間および入院回数があり、そのほかの要因としては性および年代、結婚、経済状態、入院費用、保護者の年代、病型、発病時病勢、発病年代、発病から初回入院までの期間などが挙げられる。

2) 定期服薬型は社会復帰の率、程度、期間などすべてにおいて最もすぐれているが、未服薬型は逆に最も劣り、服薬中断型は両型の間中に属する。また、定期服薬型のうちでも、1日の服薬回数が1回よりは2回、2回よりは3回と多い程社会復帰率が高くなることが知られ、継続的、規則的な服薬の有効性が示された。

3) 罹病期間5年未満、在院期間6ヶ月未満、入院回数1回という良好な要因がそろった場合、服薬は必ずしも重要な役割をもたないが、これらの要因がすべて不良な場合は服薬なしには社会復帰が困難となる。また、これら3つの要因の良否の組合せに関係なく、定期服薬型で服薬を行なった場合は概して高い社会復帰率を保つことになり、継続的、規則的な服薬は不良な要因に拮抗しているとさえいえる。

4) 服薬中止の問題を検討した結果、一般に分裂病患者は退院後少なくとも2年間は原則として1日3回の定期服薬型の服薬が必要であること、中止する場合は不規則型に沿うべきであることなどがいい得るであろう。ただし、罹病期間、在院期間、入院回数などの要因がすべて良好な場合は服薬の役割は少なく、退院後6ヶ月以内で中止してもよいと思われる。また、副作用に対する細かい配慮も必要であり、服薬を中止させる場合は、状態の安定をよく見極めた上で行なうべきであろう。

5) 社会復帰を維持するためには、薬物療法とともに外来診療における患者への直接の働きかけも必要であり、さらに、服薬に対する患者および家族の態度も重要な役割を担っている。

稿を終わるに臨み、ご指導、ご校閲をいただいた佐藤時治郎教授に謹んで感謝の意を表します。

また、この研究に終始ご協力下さった秋田神経精神病院後藤忠久院長、P. S. W. 小林俊男氏に深く感謝致します。

文 献

- 1) 荒木松生ほか：精神障害者退院後の実態調査。病院精神医学，第9集，1964。
- 2) Casey, J. F., et al. : Drug therapy in schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat., 2 : 210, 1960.
- 3) 江熊要一：精神分裂病寛解者の社会的適応の破綻をいかに防止するか。精神経誌，64 : 921, 1962.
- 4) 江熊要一：精神医療（岡田靖雄編）。勁草書房，東京，1964。
- 5) 江熊要一：特集「薬物と精神療法」における指定討論。精神医学，8 : 472, 1966.
- 6) Gittelman, R. K. and Klein, D. F. : Marital status as a prognostic indicator in schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis., 147 : 289, 1968.

- 7) Goldberg, S. C., et al. : Paranoid and withdrawal symptoms in schizophrenia : Differential symptom reduction over time. *J. Nerv. Ment. Dis.*, **145** : 158, 1967.
- 8) 後藤彰夫ほか：二病院における精神分裂病者社会復帰状況の比較——精神分裂病の予後に関する諸要因について。病院精神学, 第15集, 1966.
- 9) 蜂矢英彦：地域社会と精神病院——都立松沢病院は地域社会に奉仕しているか。精神医学, **69** : 709, 1964.
- 10) 蜂矢英彦：分裂病の再入院はどこまで防げるか。精神経誌, **67** : 742, 1965.
- 11) 蜂矢英彦, 新井俊一：精神分裂病の薬物療法（第3部）——退院患者の予後調査とその治療。精神経誌, **68** : 1089, 1966.
- 12) Hoehn-Saric, R., and Gross, M. : Auditory hallucinations in schizophrenia : Early changes under drug treatment and drug withdrawal. *Amer. J. Psychiat.*, **124** : 1132, 1968.
- 13) 石川誠司ほか：患者に対する家族の受け入れ態度と悪化再発の問題（その1）。病院精神医学, 第15集, 1966.
- 14) 石川鉄男ほか：社会復帰の立場からみた精神科外来治療の現況と考察。病院精神医学, 第9集, 1964.
- 15) 石川鉄男：社会適応の観点からみた再入院精神分裂病患者について。病院精神医学, 第12集, 1965.
- 16) 加藤伸勝：慢性分裂病者の社会復帰の試み——その可能性と限界。精神経誌, **64** : 913, 1962.
- 17) 川島保之助：生活保護法患者の社会復帰状況および再入院について。病院精神医学, 第15集, 1966.
- 18) 菊地 潤, 安田恒人：退院後の社会再適応について（シンポジウム）——退院患者の実態調査。病院精神医学, 第3集, 1960.
- 19) 黒須健一ほか：分裂病者の社会復帰要因について。精神医学, **92** : 641, 1966.
- 20) Morton, M. R. : A study of the withdrawal of chlorpromazine or trifluoperazine in chronic schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.*, **124** : 1585, 1968.
- 21) 村上 仁, 満田久敏監修：精神医学。医学書院, 1964.
- 22) 西尾友三郎ほか：精神障害者の社会適応認定基準作成に関する研究——精神分裂病者についての基礎資料の調査結果から。病院精神医学, 第16集, 1966.
- 23) 西園昌久：精神科特殊療法の諸問題——精神分裂病に対する治療法の適応と限界（薬物療法）。精神経誌, **69** : 978, 1967.
- 24) 岡田靖雄：精神障害治療の進歩——向精神薬10年のあゆみから（分裂病慢性例の治療）。最新医学社, 1965.
- 25) 岡田靖雄：「特集」精神分裂病の“治療”とは何か——精神分裂病の社会的治療について（指定討論）。精神医学, **75** : 222, 1965.
- 26) 大熊文男：精神分裂病患者の再入院防止に果たす長期薬物療法の役割——とくに症例研究的側面から。精神医学, **110** : 113, 1968.
- 27) 坂岡ウメ子：精神分裂病の予後に関する研究——特に小児分裂病と晩発性分裂病の予後の特異性。精神経誌, **66** : 30, 1964.
- 28) 桜田 高ほか：向精神薬の治療大系における意義（第1報）——精神分裂病患者の after-care における実態。精神経誌, **66** : 258, 1966.
- 29) 桜井図南男, 長坂五朗：精神科特殊療法の諸問題：精神分裂病に対する治療法の適応と限界（展望）。精神経誌, **69** : 968, 1967.
- 30) 佐藤倚男：精神分裂病：薬物治療。医学書院, 1966.
- 31) 諏訪 望ほか：向精神薬の臨床——理論と実際。金原出版, 1963.
- 32) 竹村堅次：精神医療の展開（全国精神衛生連絡協議会編）。医学書院, 1969.
- 33) 上村安一郎ほか：退院後分裂病者の予後および病態とその家族の態度とに関する調査。病院精神医学, 第15集, 1966.
- 34) Schulte, W. : 病院精神医学の臨床（塩崎正勝訳）。文光堂, 1968.
- 35) 山本善三ほか：精神分裂病者の追跡的研究（第3報）。第13回病院精神医学学会総会抄録, 1969.
- 36) 吉田 登, 大橋美南子：退院分裂病患者の再発について。病院精神医学, 第27集, 1969.